

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 118

Clinique Ophtalmologique du Professeur P. BONNET

Traitement chirurgical de l'irido-dialyse traumatique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges MUSY

Né le 22 Juin 1912, à S'-RAMBERT-SUR-LOIRE (Loire)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE L'IRIDO-DIALYSE TRAUMATIQUE**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 118

Clinique Ophtalmologique du Professeur P. BONNET

Traitement chirurgical de l'irido-dialyse traumatique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Juin 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges MUSY

Né le 22 Juin 1912, à S-RAMBERT-SUR-LOIRE (Loire)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZE^r

PROFESSEURS

Cliniques médicales	} MM. FROMENT SAVY. PATEL. BERARD. VORON. BONNET. FAVRE. LEPINE (J.). MOURIQUAND COTTE. REBATTU. CIBERT. TAVERNIER. COURMONT. J. CHALIER PONTIUS. FLORENCE MOREL. MANCAU. GUIART. LATARJET. POLICARD. HERMANN. CORDIER. CADE. J.-F. MARTIN. SANTY. ARLOING (F.). Etienne MARTIN ROCHAIX. LEULIER PIERY.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Cliniques dermatologique et syphiligraphique	
Clinique neurologique et psychiatrique ..	
Clinique médicale infantile	
Clinique gynécologique	
Clinique Oto-rhino-laryngologie	
Clinique urologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	
Clinique des maladies infectieuses	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique et médicale	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie générale et thérapeutique	
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	
Médecine légale	
Hygiène	
Pharmacie et Pharmacologie	
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM. GABRIELLE DECHAUME BERNHEIM POLLOSSON CHAMRON EPARVIER	MM. GUILLEMINET MORENAS REVOL ENSELME SEDALLIAN CREYSSSEL	MM. DE ROUGEMONT P. RAVAUULT PIGEAUD CROIZAT DELORE JOSSERAND	MM. MORIN BERTRAND CLAVEL LEVRAT
--	---	---	--

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BONNET, président ; POLLOSSON, assesseur ;
DECHAUME et BERTRAND.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BONNET
Professeur de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Lyon

Nous avons eu l'honneur d'être
son externe à la clinique ophtal-
mologique. Il nous a fait celui de
présider notre Jury de thèse.

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et aidé à son exécution. De
tout, nous le remercions bien sin-
cèrement.

A NOS JUGES

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE LYON

Nous leur exprimons notre bien
vive gratitude pour leur précieux
enseignement.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE

Qu'ils nous permettent de les
remercier ici de leurs précieux
conseils.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'IRIDO-DIALYSE TRAUMATIQUE

INTRODUCTION

Jusqu'ici, le traitement chirurgical de l'irido-dialyse traumatique ne semble pas avoir recueilli la faveur des ophtalmologistes.

Il est vrai que l'irido-dialyse, par elle-même, en dehors des autres altérations anatomiques qui l'accompagnent souvent, n'entraîne pas, le plus souvent, de trouble fonctionnel important. D'autre part, les tentatives chirurgicales, en pareil cas, apparaissent, à priori, exposées à des aléas. La crainte d'incidents fâcheux au cours de l'opération, l'appréhension justifiée d'accidents tardifs, mettent un frein au désir, cependant légitime, de réparer le désordre anatomique de l'iris.

Cependant, au cours de ces dernières années, une réaction se dessine, amorcée dans certains milieux ophtalmologiques, en faveur de l'intervention chirurgicale. Les observations publiées affirment la facilité de l'acte opératoire; elles témoignent aussi de l'innocuité de l'intervention. Elles apportent des résultats très favorables, en ce qui concerne la restauration anatomique de l'iris.

Peut-être convient-il, à l'heure actuelle, d'envisager avec plus de bienveillance le traitement chirurgical. La plupart de ceux qui, dans ces derniers temps, ont eu recours à l'opération et en ont observé l'heureux effet, déplorent le discrédit qui s'attache à l'opération.

A plusieurs reprises, notre Maître, le Professeur Bonnet, en présence de grandes irido-dialyses, a manifesté le regret de n'être pas intervenu, d'avoir obéi trop aveuglément au dogme classique de l'abstention. Déjà, en 1937, dans la thèse de son élève Chauviré, il se montrait favorable au principe de l'intervention chirurgicale, pour les irido-dialyses étendues. Actuellement, l'heureux résultat obtenu dans le cas que nous rapportons confirme, dans son esprit, le bien-fondé de l'intervention.

Notre but est ici d'étudier, à la lumière des observations publiées, des données aussi de l'expérience acquise par quelques ophtalmologistes dignes de créance, ce que l'on peut attendre, à l'heure actuelle, du traitement chirurgical de l'irido-dialyse.

EVOLUTION ANATOMO-CLINIQUE de L'IRIDODIALYSE TRAUMATIQUE

1° La lésion anatomique.

L'iridodialyse, abandonnée à elle-même, constitue une lésion anatomique définitive.

Une fois le sang qui remplit la chambre antérieure résorbé, l'iridodialyse apparaît; elle restera telle, de façon définitive. S'il s'agit d'une vaste iridodialyse, l'iris désinséré, entraîné par le sphincter, auquel nulle résistance ne s'oppose plus, fait la corde de l'arc; il s'avance au devant du champ pupillaire; il en réduit l'étendue. La pupille se trouve ainsi déformée en « gueule de four ». L'iris déborde parfois le milieu du champ pupillaire et flotte au devant de lui. Le stroma de l'iris se rétracte, se plisse, s'enroule sur lui-même. Il arrive que le feuillet pigmenté se renverse et passe sur le plan antérieur.

Derrière l'iris rétracté, une brèche est ouverte; elle découvre l'équateur cristallinien, le zonule et les procès ciliaires. Une seconde pupille est ainsi réalisée à la périphérie; dès lors, elle n'a plus tendance à se fermer.

La désinsertion se fait à la racine même de l'iris, au niveau de l'insertion ciliaire, en regard de l'épéron scléral, dans la région du ligament pectiné.

Le caractère définitif de l'iridodialyse est une notion classique. Wagenmann, ayant examiné la lésion anatomique, un an après l'iridodialyse, trouva la déchirure libre de tout tissu cicatriciel, revêtue seulement d'un endothélium.

A vrai dire, la permanence de la brèche n'est peut-être pas aussi absolue qu'on l'admet généralement. Le traitement classique, par l'atropinisation à outrance, ne se propose-t-il pas de maintenir la périphérie de l'iris au voisinage de l'angle de la chambre antérieure, dans l'espoir quelque peu problématique que la cicatrisation se fera sur place ? On signale que des guérisons, rares il est vrai, auraient été obtenues par cette manière de faire.

On a publié, au cours de ces dernières années, des cas de réparation spontanée d'une iridodialyse traumatique, comme pour les opposer au principe de l'intervention. Schwartz, en 1935, rapporte le cas d'un enfant de 13 ans, porteur d'une iridodialyse de 6 à 7 mm. de long. L'instillation d'atropine, poursuivie pendant six semaines, aurait abouti à la disparition de l'iridodialyse, par réinsertion de la racine de l'iris (?). L'iridodialyse ne se serait pas reproduite après quatre ans.

Wiegmann, en 1938, publie « un cas de guérison spontanée d'une iridodialyse traumatique ». En réalité, lorsqu'on lit l'observation, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas de guérison. L'état du blessé s'est aggravé

et l'iridodialyse, qui ne dépassait pas 4 mm. de longueur, a disparu à la faveur d'altérations plus graves qui se sont développées.

A vrai dire, il semble bien que certaines iridodialyses aient tendance à s'effacer, à la faveur des phénomènes inflammatoires qui l'accompagnent et tendent à combler l'angle de la chambre antérieure. Mais on ne saurait parler de réimplantation.

En pratique, on ne doit pas compter sur la guérison spontanée d'une iridodialyse traumatique. La notion classique reste vraie : l'iridodialyse est un désordre anatomique définitif.

L'éventualité d'une guérison spontanée ne doit pas entrer en ligne de compte, lorsqu'il s'agit de discuter les indications du traitement chirurgical.

2° Les troubles fonctionnels.

En règle générale, l'iridodialyse, par elle-même, lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'autres désordres anatomiques, n'entraîne pas de trouble fonctionnel notable.

Il est de fait qu'une iridodialyse peu étendue, ne dépassant pas 4 mm., ne s'accompagne d'aucun trouble de la vision.

Même de grandes iridodialyses peuvent être compatibles avec une bonne acuité visuelle. L'observation de Sédan, rapportée à la Société d'Ophtalmologie de Paris, en 1937, montre qu'une iridodialyse, accompagnée cependant de ruptures multiples de l'iris, peut être sans influence sur l'acuité visuelle.

Et même, dans certains cas, l'iridodialyse représenterait un accident « providentiel ». Dans un cas, rapporté par Sedan à la Société d'Ophtalmologie de Paris, en 1921, une iridodialyse traumatique, survenant sur un œil aveugle par séclusion pupillaire totale, permit une récupération d'une acuité de 2/10^e.

Cependant, l'iridodialyse s'accompagne parfois de troubles fonctionnels gênants. C'est le cas des iridodialyses étendues, dépassant 6 mm.

Le plus désagréable de ces troubles est *l'éblouissement*. Il peut aller jusqu'à la *photophobie*.

Le trouble fonctionnel le plus particulier est constitué par la *diplopie monoculaire*. Celui-ci dépend, avant tout, du siège et de l'étendue de l'iridodialyse. Celles qui sont situées en regard de l'aire interpalébrale exposent plus que les autres à ce réel désagrément. Du moment où les blessés ont eu l'attention attirée sur ce symptôme, ils lui attachent une grande importance; ils recherchent, comme à plaisir, les manifestations de cette diplopie; elle devient pour eux une source de préoccupations.

Il y a aussi des cas où, l'iridodialyse atteignant 8 à 10 mm., l'iris flotte au-devant du champ pupillaire; il s'accompagne alors d'une *gêne considérable de la vision*, de phénomènes extrêmement désagréables.

Enfin, *l'aspect disgracieux* de l'iridodialyse, lorsque celle-ci est prononcée, est difficilement accepté par les malades. Beaucoup ne se résignent qu'à regret

au refus qui leur est opposé de toute intervention. Et cela n'est pas sans influencer sur leur moral.

Il y a donc des cas où l'intervention chirurgicale, réclamée par le malade en raison des troubles fonctionnels ou de ce qu'il considère comme une disgrâce, apparaît justifiée, à la condition qu'elle ne comporte aucun risque.

3° Les désordres évolutifs.

Il est enfin des cas où *l'iridodialyse, depuis quelque temps installée, peut se compliquer de désordres anatomiques secondaires. Les troubles fonctionnels peuvent s'en trouver aggravés.*

Le *glaucome* secondaire, auquel fait allusion Gasteiger, est sans doute plutôt la conséquence de la contusion du globe elle-même que de l'iridodialyse. On sait combien les troubles de l'équilibre tensionnel accompagnent fréquemment les contusions du globe. Il n'est pas impossible, cependant, que le flottement de l'iris dans la chambre antérieure soit responsable, en partie, du déséquilibre tensionnel.

Les *adhérences secondaires* que contracte l'iris désinséré avec la cristalloïde, sont sans doute provoquées par le flottement de l'iris et un certain degré d'irritation qui l'accompagne. Cette complication de l'iridodialyse n'est habituellement pas mentionnée. C'est cependant et précisément pour avoir observé cette complication secondaire, dans un cas d'iridodialyse observé précédemment, que le Professeur

Bonnet se décida à intervenir, dans le cas que nous rapportons.

En conclusion, si, dans la plupart des cas, l'irido-dialyse traumatique ne donne pas lieu d'envisager une intervention, parce qu'elle n'entraîne aucun trouble fonctionnel notable, il y a cependant des cas où, en raison des troubles fonctionnels réels et gênants, en prévision aussi d'accidents évolutifs, l'opportunité d'une intervention chirurgicale peut être envisagée. Le principe du traitement chirurgical peut être discuté.

LES TENTATIVES CHIRURGICALES

Si nous employons ce terme, péjoratif et à notre avis injustifié, de « Tentatives chirurgicales », c'est d'abord pour souligner le peu de faveur dans lequel est tenu le traitement chirurgical de l'iridodialyse, dans les Traités les plus modernes d'Ophtalmologie. Dans le « Kurzes Handbuch der Ophtalmologie », Gilbert n'écrit-il pas : « On a aussi fait l'essai d'inclusion dans une incision cornéenne par traction de l'iris et suture. Ceci reste cependant une exception. »

C'est aussi pour marquer que, jusqu'à ces dernières années du moins, les observations de cas opérés se trouvaient éparses dans la littérature. Il s'agissait bien de « tentatives chirurgicales » adressées à des cas spéciaux. Le principe n'était pas posé de l'intervention chirurgicale dans l'iridodialyse traumatique.

Il est bien probable que, de tout temps, l'idée et la tentation de réimplanter l'iris désinséré est venue aux ophtalmologistes, mais les tentatives, s'il y en eut, ne sont pas parvenues à notre connaissance.

Nous empruntons l'historique, pour une part, au bel article que Zdravko Nizetic, un des promoteurs les plus convaincus, a consacré au traitement chirurgical de l'iridodialyse traumatique, dans les « Annales d'Oculistique », en 1935. Nous en avons vérifié les

sources et rectifié de fâcheuses erreurs de typographie concernant les dates.

La première opération que l'on connaisse est celle pratiquée par Amédée PARIS, d'Angoulême, publiée dans la « Gazette des Hôpitaux », en 1866. La communication entière mérite d'être rapportée, tant elle offre d'intérêt :

De la diplopie uni-oculaire irienne par cause traumatique et de son traitement.

Amédée PARIS. — Gazette des Hôpitaux, janvier 1866, n° 10, p. 39.

La perception par un seul œil de deux images distinctes d'un seul objet, constitue la diplopie uni-oculaire.

Diverses causes produisent cette anomalie de la vision, mais toutes ces causes engendrent des effets identiques.

Ainsi, quels que soient les organes malades de l'œil diplopie (cornée, iris, cristallin), ils laissent passer deux faisceaux lumineux, qui dessinent deux images sur une même rétine.

La déduction théorique de ces effets est logique, elle se tire de l'harmonie des fonctions visuelles ; on la démontre par l'expérience de Scheiner, qui consiste à regarder une épingle à travers deux trous percés dans une carte, si près l'un de l'autre, qu'ils soient compris dans un espace égal au diamètre de la pupille. L'épingle paraît double, excepté à une certaine distance, qui est celle de la vue parfaite dans les conditions habituelles.

Les anormités congénitales de la cornée, de l'iris et du cristallin, ainsi que leurs états pathologiques, qui

amènent la division du champ visuel en deux parties séparées, confirment la théorie.

J'en donnerai pour preuve l'observation suivante, recueillie sur un sujet dont l'iris détaché de ses adhérences offrait une double pupille et une image double ; les autres membranes antérieures et postérieures du même œil restant saines.

Observation. — Décollement traumatique de l'iris droit. Deutocorie. Diplopie uni-oculaire correspondante. Opération (Iridenclise). Guérison.

G... Joseph, de Belfort, 63 ans, tailleur de pierres, bonne constitution, tempérament sanguin.

Le 7 mai 1862, G... conduisait un camion sur le plancher duquel il était assis, à gauche et près du cheval. Une ruade de ce dernier l'atteint au-dessus de l'œil droit et divise la peau correspondante horizontalement sur une longueur de quatre centimètres et une profondeur de un centimètre. La section est nette. Un médecin, appelé quelques instants après, réunit les lèvres de la plaie par première intention ; trois jours après, la réunion est complète. L'œil qui avait été couvert d'un bandeau, est laissé libre. G... s'étonne alors de voir les objets doubles et troublés. Il accuse son œil blessé de ce phénomène singulier et justifie cette accusation en couvrant cet œil avec sa main, qui fait à l'instant même disparaître cette diplopie. Il conclut de cette expérience qu'il devrait voiler cet organe ; c'est ce qu'il fit, d'abord avec un monocle grossier, puis, pour moins de gêne, avec un appareil léger qu'il construisit lui-même et qui se composait d'un demi-cercle de fil d'archal, se terminant en avant et en arrière par un anneau circulaire de 4 cm. de diamètre, recouvert de peau, tapissé d'une compresse de toile. Cet appareil, quoique fort incommode, était porté constamment par le malade ; il était fixé en arrière à la

région occipitale et en avant sur le rebord orbitaire. De la sorte, il pouvait voir les objets simples et clairs, parlant il gagnait sa vie.

Le 2 juin suivant, il se présenta à ma consultation. Voici les faits que j'observai à cette époque : le volume du globe oculaire droit est le même que celui de l'œil gauche. La cornée est saine ; la pupille naturelle occupe sa position normale, tandis que, située au-dessus, une pupille accidentelle touche, d'une part, le limbe cornéal et d'autre part, se trouve séparée de la pupille normale par une bandelette transversale très mince de substance irienne.

La pupille secondaire est presque triangulaire, à base inférieure ; on dirait une pupille artificielle par iridodialyse. La couleur de cette pupille est noire comme celle de la pupille vraie ; la couleur de l'iris n'a pas changé ; les deux pupilles restent insensibles à l'action de la lumière et de l'atropine ; aucun corps étranger ne flotte dans la chambre antérieure ni dans la chambre postérieure.

Avec l'ophtalmoscope, l'examen est possible par les deux pupilles : le cristallin, le corps vitré, la rétine, la choroïde, la pupille paraissent sains ; les phosphènes existent.

En fermant les paupières de l'œil droit, je permets au malade de voir les objets simples ; en écartant les paupières, ces mêmes objets, présentés dans une ligne parallèle à l'axe visuel, lui semblent doubles et superposés, les objets réels en bas. A travers l'ouverture centrale de l'ophtalmoscope, les objets rapprochés sont également vus doubles, mais à trois mètres de distance, ils se confondent. Quand le malade regarde en bas, la diplopie est plus prononcée ; elle diminue et disparaît même, en haut ; en bas, la pupille supérieure est tout à fait découverte ; en haut, elle se cache sous la paupière supérieure.

Le diagnostic était facile ; G... était atteint de diplopie par deutocorie.

Deux opérations me semblaient praticables pour remédier à un pareil état. La première consistait à ramener la portion déplacée de l'iris à sa position normale ; c'est-à-dire à déterminer l'occlusion de la pupille supérieure au moyen du lambeau irien ; ou bien, en second lieu, à déterminer un strabisme supérieur par la section du muscle droit inférieur.

Cette dernière opération était plus grave dans ses conséquences que la première ; celle-ci donnait presque sans accident un résultat immédiat ; je lui accordai la préférence et la pratiquai ainsi :

G... est assis dans un fauteuil, la tête appuyée sur le dossier, la face tournée vers la fenêtre et bien éclairée.

Je plonge à l'extrémité supérieure du diamètre vertical de la cornée, à 2 millimètres du bord ciliaire, un couteau lancéolaire droit, dont la pointe divise obliquement et complètement les couches kératiques.

L'humeur aqueuse mouille la lame du couteau ; celui-ci est retiré ; l'iris ne se déplace pas. J'introduis alors à travers l'ouverture ainsi faite une érigne, le crochet à plat. Dans la chambre antérieure, j'incline le manche de l'érigne en arrière, pour que le plan du crochet devienne parallèle à l'iris et à la cornée. Au niveau du bord pupillaire normal, je retourne doucement le crochet de l'érigne, j'engage l'iris dans sa concavité et je ramène cet instrument ainsi chargé, vers l'ouverture kératique. L'enclavement du lambeau irien attiré en dehors de la plaie, eût donné lieu à une sorte de myocéphalon, qui aurait disparu avec la cicatrisation de la plaie ; mais je n'aurais remédié ainsi qu'imparfaitement à l'état de G... ; de chaque côté du lambeau irien, aurait existé une petite pupille donnant accès à la lumière et nuisant à l'intégrité de la vision par la pupille normale.

J'attirai, en conséquence, l'iris en dehors et, avec un stylet très fin, à pointe mousse, j'étais l'iris dans la plaie kératique, de manière à faire disparaître complètement la pupille supérieure. Je déformai sans doute de la sorte la pupille inférieure, qui apparut sous la forme d'un coloboma ; mais, au moment où je terminais l'opération, G... me déclara que la diplopie avait cessé.

Le pansement consista dans l'occlusion des paupières, pratiquée avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre, une compresse et un monocle.

Jusqu'au 21 juin, l'appareil du pansement put être conservé ; G... n'éprouva aucune douleur.

Le 21 juin, j'enlevai les pièces du pansement et je trouvai la plaie kératique en voie de bonne cicatrisation : une injection vasculaire périkeratique s'étend aux lèvres de cette plaie. L'iris est encore enclavé, la diplopie ne reparait pas. J'applique un nouvel appareil semblable au premier, qui est conservé jusqu'au 27 juin. Pendant ce temps, G... vaque à ses occupations, sans éprouver de douleurs.

Le 27 juin, l'appareil du pansement est retiré. La plaie de la cornée est, cà et là, parsemée de points noirâtres, dus à la décomposition de l'iris, qui est resté enclavé. L'injection vasculaire à presque complètement disparu. Je me contente d'appliquer sur les paupières, que je maintiens fermées, une compresse graduée et un monocle.

Le 4 juillet, la cicatrisation de la plaie est complète, elle est marquée par une ligne transversale blanchâtre ; la diplopie a complètement disparu. Je recommande à G... de conserver son bandeau pendant quelques jours ; il suit mon conseil jusqu'au 12 juillet. A cette époque, il abandonne le pansement et continue de travailler sans le moindre inconvénient du côté de l'œil droit.

J'ai observé G... jusqu'au 21 janvier 1863, et ai pu

reconnaître alors que la guérison s'était maintenue. La pupille normale existe seule et permet une vision régulière ; celle-ci est moins nette avec une lumière vive qu'avec un demi-jour, à cause de l'agrandissement du champ visuel et de l'impossibilité d'accommodation, la pupille restant insensible à la lumière et au narcotique, mais la diplopie a disparu promptement sans accident ; G... peut librement se livrer à ses travaux et gagner sa vie.

La ponction de la cornée est une opération reconnue aujourd'hui tout à fait inoffensive ; depuis les travaux de Spérino, celle que j'ai pratiquée, en dehors de tout accident inflammatoire, me permettait d'atteindre facilement et sans le déchirer le lambeau irien, dont la présence dans le champ visuel produisait la diplopie.

Il m'eût été facile de retrancher le lambeau irien et de transformer, en triste coloboma, les deux pupilles ; mais la vision eût été plus troublée. Le strabisme supérieur aurait ajouté une infirmité de plus. Dans le cas actuel, l'enclavement de l'iris était le seul moyen rationnel, scientifique de combler la pupille supérieure. Aucun accident ne devait précéder ni accompagner cette opération : la guérison, qui l'a suivie, a justifié mon pronostic.

SMITH, en 1890, communique 4 cas opérés par la technique suivante : petite incision sur le bord de la cornée, soit avec un étroit kératotome, soit avec une large aiguille. L'incision doit être juste suffisante pour permettre de saisir l'iris avec une pince fine et l'attirer dans la plaie. L'iris doit être attiré juste ce qu'il faut pour en assurer l'adhérence. Smith recommande de passer une suture à travers la conjonctive, tout près de la plaie, et à travers l'iris, avec un fil qu'on enlève après 48 heures. Dans deux cas, il avait même fixé l'iris par deux points de suture.

Woods, en 1896, corrigea une vaste iridodialyse en attirant l'iris dans la plaie, au niveau du limbe. Il obtint un bon résultat, du point de vue optique et esthétique. L'aspect, après l'opération, était celui d'un iris en mydriase complète.

VINSONNEAU, d'Angers, en 1905, publie l'observation suivante, dont nous devons le résumé à son obligeance :

« Hémi-iridodialyse traumatique. Intervention. Guérison opératoire et visuelle.

Les cas d'iridodialyse partielle sont fréquents; les hémi-iridodialyses sont rares.

Le 22 juillet 1904, un enfant joue avec un fusil « Euréka ». Il l'avait chargé avec une chevrotine puisée dans la réserve de son père. Il met en joue la domestique et tire. La domestique est atteinte à l'œil droit.

Plaie de la queue du sourcil. Chémosis conjonctival. Pas de plaie perforante. Tension oculaire sensiblement normale. Pas de trouble de la motilité extrinsèque.

Hyphéma complet (teinte noire plus accentuée dans la région externe). Iris désinséré dans tout le segment latéral externe. Vision réduite à la perception lumineuse.

Paracenthèse; évacuation de l'hyphéma. Mise en place de l'iris qui est légèrement recroquevillé « en cubli », autant que faire se peut. Atropinisation. Pansement.

Guérison opératoire en huit jours, sans complica-

tion. L'atropinisation est continuée pendant un mois. Deux mois après, vision = 10/10°.

La malade est revenue deux ans après, à l'occasion d'une simple conjonctivite. A ce moment, on constate :

Persistance d'un retard et d'une diminution des réactions pupillaires, pendant plus d'une année.

Peu à peu, le liseré et l'épaississement du bord extérieure de la circonférence irienne disparaissent et il serait difficile, sans les commémoratifs, de faire un diagnostic de séquelle traumatique.

Il n'y a pas d'astigmatisme post-traumatique.

Acuité visuelle = 10/10°.

Aucun phénomène douloureux ni subjectif.

Aucune lésion cristallinienne, ni des milieux, ni du fond d'œil.

Tension un peu inférieure à la normale (sans être —1, par exemple).

La malade, interrogée, accuse cependant, de temps à autre, quelques phénomènes photopsiques : éclairs, lumières bleuâtres..., comme le signalent souvent les opérés de cataracte dans les six mois ou douze mois qui suivent l'intervention, à l'occasion de lecture prolongées ou de fatigue au soleil; et cependant aucune trace de l'iridodialyse ancienne, ni trace d'irritation ciliaire. »

VINSONNEAU fait suivre la note qu'il a communiquée au Professeur Bonnet des commentaires suivants :

« Dans tout hyphéma traumatique, avec ou sans iridodialyse, j'interviens toujours, comme je le fais

du reste dans toute exsudation séreuse ou séro-purulente de la chambre antérieure, et dans tout corps étranger, considérant que « *seule, l'humeur aqueuse a le droit d'être seule la « locataire » de la chambre antérieure* », immédiatement et « sans prorogation » pouvant être invoquée, sauf le refus du malade ou de sa famille. »

JAMESON, en 1909, emploie un procédé très ingénieux de suture : deux aiguilles chargées d'un fil entrant par la sclérotique dans la chambre antérieure, en regard de l'iridodialyse, chargent d'abord au passage le bord désinséré de l'iris, puis sortent à travers la cornée, évitant le centre de celle-ci. Les aiguilles sont alors enlevées. Une petite incision parallèle au limbe, pratiquée dans la sclérotique, entre les points d'entrée des aiguilles, permet d'introduire un crochet mousse. Celui-ci va saisir les fils et les extraire de la cornée pour les ramener dans la plaie sclérale, où ils sont liés, amenant l'iris au contact de l'incision.

CANNAS, en 1910, opère une vaste iridodialyse, située du côté temporal et occupant le quart du pourtour de l'iris. Ayant taillé un pont conjonctival, il pratique au limbe, sous le pont conjonctival, une paracenthèse. Le bord de l'iris désinséré est attiré dans la plaie. L'ayant fait sortir d'un millimètre, Cannas le fixe à la conjonctive du limbe, de façon à laisser le bord de l'iris exactement au ras de la paracenthèse.

Les suites furent normales. (Pansement à l'atropine.) Ablation de la suture au bout de 48 heures. Guérison parfaite en dix jours. Toute la partie moyenne de l'iridodialyse, sur une grande largeur, se trouve réappliquée. Deux petites brèches, à peine perceptibles, trahissent encore, en haut en bas, la désinsertion irienne. La réaction de la pupille se trouve rétablie. L'acuité visuelle est normale, il n'y a plus aucun trouble fonctionnel.

Cannas déclare : « Une iridencleisis opératoire peut donc réparer un iridodialyse traumatique et faire disparaître les troubles fonctionnels. »

GOLOVINE, à partir de 1916, a recours à l'opération et n'hésite plus à y recourir, dans les iridodialyses étendues. Il croit être le premier à proposer l'opération. Celle-ci sera dès lors connue sous le nom de procédé de Golovine. Il incise la conjonctive au limbe et insère le bord désinséré de l'iris dans la plaie, sans suture. Dans les vastes iridodialyses, il n'hésite pas à pratiquer plusieurs enclavements en des points différents.

BULSON, en 1920, rapporte trois cas qu'il a opérés. L'un d'eux, datant de quatre ans, reste parfaitement guéri. Il souligne l'importance du lieu de l'incision. Celle-ci doit être faite au limbe, sur la sclérotique, et doit être juste assez large pour permettre l'introduction de la pince à iris de Liebrecht fermée. Les trabécules de l'iris, attirés dans la plaie, ne doivent pas prolaber sous le lambeau conjonctival.

LOTIN, en 1930, opérant à la manière de Golovine, obtient une pupille de forme normale.

GOLDFEDER, en 1932, opère comme Golovine, mais il place la section à la limite cornéo-sclérale, après avoir rabattu un lambeau conjonctival. Il a recours, lui aussi, aux enclavements multiples, successifs.

KEY (B. W.), en 1932, après dissection préalable d'un lambeau conjonctival, fait une incision sclérale, longue de 4 mm., en regard de l'iridodialyse. Il a soin de réserver un éperon scléral, comme dans un Lagrange modifié. Le bord désinséré de l'iris est saisi dans une pince de Ziegler et attiré dans la plaie. Un fil de soie n° 000, armé de deux aiguilles, est passé dans l'iris. La pince est alors lâchée. Les deux aiguilles sont passées à travers l'éperon scléral et l'iris attiré doucement au contact. Les fils sont alors passés à travers le lambeau conjonctival. Atropine à 1 %. Le fil est enlevé au quatrième jour. Repos au lit. Key rapporte deux cas de guérison parfaite obtenue par ce procédé.

NIZETIC, par une belle revue générale, parue en 1935 dans les « Annales d'oculistique », puis par un article publié en 1938 dans les « Klinische Monatsblätter », est un de ceux qui ont le plus contribué en faveur de l'intervention chirurgicale. Il rapporte trois observations personnelles. Après avoir taillé un large lambeau conjonctival, comme pour une trépanation d'Elliot, jusqu'au limbe, il fait une incision à la pique, aussi petite que possible, entrant dans

l'angle même la chambre antérieure, en regard de l'iridodialyse. A l'aide d'une pince toute petite, il attire la racine de l'iris dans la plaie, où il l'introduit. La conjonctive est rabattue et fixée par suture. Atropine; pansement binoculaire. Nizetic fait justice du reproche que l'on pourrait faire à priori à l'opération, de favoriser l'apparition d'un glaucome ou de donner lieu à des accidents inflammatoires secondaires.

En Italie, BASLINI apporte, en 1936, un cas opéré avec succès pas l'opération.

L'école hongroise, avec KREIKER surtout, se montre, dès 1935, favorable à l'opération, dans des iridodialyses étendues. L'article de Ida Czukrasz, en 1938, le chapitre consacré au traitement chirurgical de l'iridodialyse, dans l'ouvrage de Blaskovics et Kreiker, « Eingriffe am Auge », montrent la faveur avec laquelle le principe de l'opération est accueilli.

Dans la thèse de Chauviré, en 1937, le Professeur BONNET admettait le principe de l'opération pour les iridodialyses étendues. En 1938, ayant observé un cas où, des synéchies étant survenues entre l'iris désinséré et la cristalloïde antérieure, le champ pupillaire s'était rétréci secondairement, il se décida à intervenir dans le cas que nous rapportons.

Les communications de THIEL (1938), de GASTEIGER (1939), représentent la contribution la plus récente à cette question, devenue actuelle, du traitement chirurgical de l'iridodialyse.

OBSERVATION

(Clinique ophtalmologique du Professeur BONNET)

Contusion du globe. Iridodialyse traumatique. Lésions contusives de la macula, avec apparence de trou. Reposition chirurgicale de l'iris.

Observation publiée par MM. P. BONNET et CHAUVIRÉ, Société d'ophtalmologie de Lyon, novembre 1938.

L... Raymond, 9 ans, est vu à la consultation le 31 octobre 1938. Le 30 septembre, il a été blessé à l'œil gauche par une pierre, lancée par un de ses camarades de jeu à l'aide d'une fronde en caoutchouc.

La mère raconte que l'œil a été plein de sang pendant plusieurs jours. L'enfant n'a été cependant montré à un médecin que le 18 octobre. Il n'est amené à la consultation que le 31 novembre, deux mois après l'accident.

Une large iridodialyse s'étend sur un tiers du cercle limbique, de 4 heures à 8 heures. Le champ pupillaire, déformé en gueule de four, présente plusieurs encoches de son bord, en particulier à 2 heures.

La pupille réagit faiblement à la lumière et à l'accommodation.

Dans la région périphérique, à travers la brèche créée par la désinsertion de l'iris, on aperçoit merveilleusement les fibres de la zonule, dont aucune ne paraît rompue ; elles contiennent, dans leurs mail-

les, de nombreux grains pigmentés, peut-être hématisques.

Le cristallin est en place; sa transparence est normale.

L'acuité visuelle n'atteint pourtant qu'un huitième, alors qu'elle est égale à 10/10° à droite.

L'examen du fond d'œil révèle, en effet, les signes résiduels d'une commotion rétinienne : la pupille est entourée d'un halo pâle et trouble, de teinte laiteuse; l'œdème accompagne les vaisseaux au delà de la papille. On observe l'aspect caractéristique du « trou de la macula » : celle-ci apparaît sous l'aspect caractéristique d'un plage ovalaire, parfaitement délimitée, d'un rouge vif, entourée d'un bourrelet œdémateux saillant, strié, à la périphérie, de reflets brillants; une hémorragie en nappe, peu dense, déborde la zone du bourrelet œdémateux. La tache maculaire n'est pas uniformément rouge; elle apparaît régulièrement piquetée de points blancs et rappelle l'aspect « en moelle de sureau », de sorte que l'on ne peut pas accepter l'idée d'un véritable trou de la macula.

L'enfant est hospitalisé, en vue de l'observation. Les parents s'inquiètent davantage maintenant de la déformation du champ pupillaire créée par l'irido-dialyse que de la baisse visuelle, et alors qu'ils ont laissé l'enfant sans aucun soin pendant un mois.

Instruit par l'observation d'un cas récent, où nous avons vu l'iris désinséré adhérer secondairement à la cristalloïde et couvrir le champ pupillaire de points pigmentés réduisant la vision, nous décidons d'inter-

venir chirurgicalement sur l'iridodialyse. Etant donné le peu de vision, les risques opératoires, s'il y en a, se trouvent réduits au minimum.

5 novembre : Professeur Bonnet. Anesthésie générale. L'œil est saisi à la pince de Barraquer. Coiffant

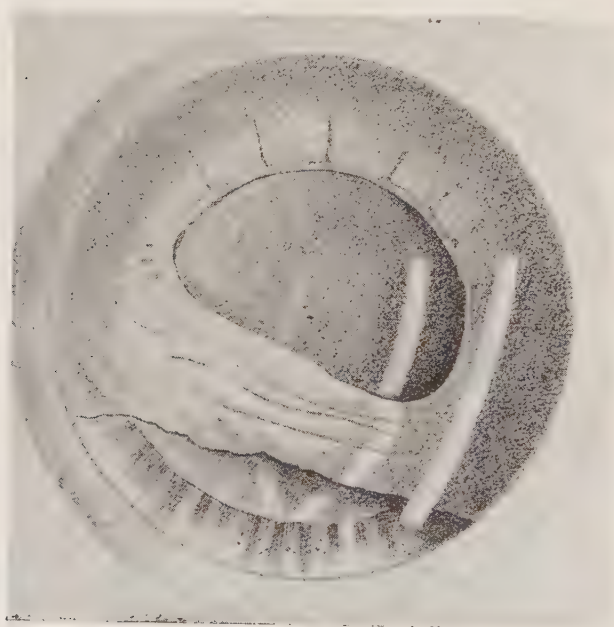


Fig. 1. — Iridodialyse traumatique. Aspect à la lampe à fente, figuré le 2 novembre 1938. A travers la brèche créée par l'iridodialyse, on voit l'équateur du cristallin et les fibres de la zonule.

la conjonctive à 3 mm. du limbe, on fait, sur le méridien de 7 heures, à 1 mm. du limbe, sur la sclérotique, une minuscule incision à la pique, parallèle à l'iris. Au crochet de Kalt, entrant exactement dans l'angle de la chambre antérieure, on va cueillir le bord périphérique de l'iris, ayant soin de pous-

ser le crochet à plat et de ne le renverser qu'en regard de l'iris. On ramène l'iris dans la plaie sclérale juste ce qu'il faut pour le fixer. Un mouvement de latéralité du crochet libère l'iris, que l'on ne voit pas dans la plaie.

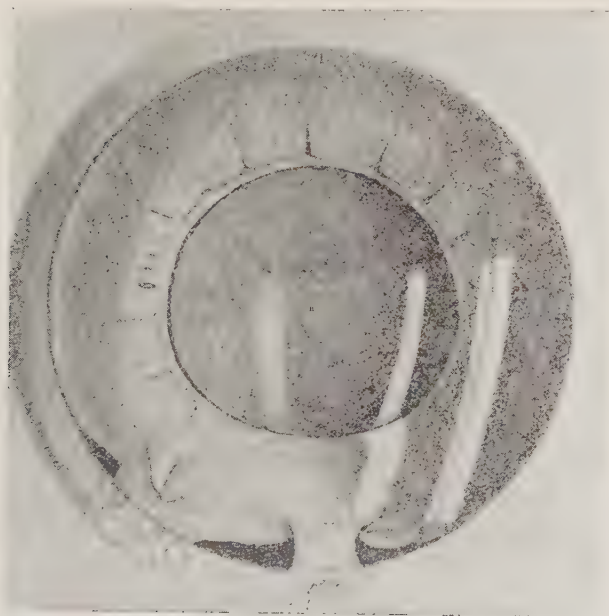


Fig. 2. — Iridodialyse. Aspect à la lampe à fente, figuré après l'opération, le 12 novembre. Le champ pupillaire a recouvré une forme voisine de la normale. On voit l'iris fixé en deux points. Seule, la circulation conjonctivale du limbe avoisinant traduit, avec un peu de pigment, l'emplacement de l'insertion intra-sclérale. L'iris n'est pas visible sous la conjonctive.

Une seconde incision sur le méridien de 5 heures ramène l'iris de même façon. La fixation est un peu moins parfaite comme situation, car un peu d'iris apparaît à l'extérieur de la plaie sclérale. Aussi pratique-t-on un recouvrement conjonctival.

Nous notons, comme remarque, à la fin de l'opération, qu'il y aurait intérêt à modifier l'opération de la façon suivante : préparer un lambeau conjonctival à base limbique, débordant le territoire de l'iridodialyse, et le rabattre sur la cornée. L'introduction du crochet en serait moins gênée par le repli conjonctival ménagé et le lambeau conjonctival se trouverait tout fait.

Les suites opératoires ont été excessivement simples. Il n'y a pas eu la moindre réaction. Le malade est présenté à la Société d'ophtalmologie le 12 novembre.

L'examen à la lampe à fente avait été figuré avant l'opération, le 2 novembre (fig. 1). L'examen du 12 novembre (fig. 2) montre :

La pupille a recouvré une forme arrondie, presque normale. L'iris est assez bien étalé, son bord pupillaire encore légèrement incurvé. On voit très bien les deux points où l'iris a été fixé; ils s'accompagnent de plis de traction. La brèche de l'iridodialyse est extrêmement réduite; elle apparaît sous forme de trois petits trous triangulaires. Au voisinage du lieu de fixation, c'est à peine si la circulation conjonctivale est plus marquée qu'ailleurs : c'est à peine si une teinte légèrement grisâtre indique, sous la conjonctive, qu'un peu de pigment irien a été amené dans la plaie.

L'enfant a été revu à différentes reprises. L'œil est toujours resté parfaitement calme. L'examen à la lampe à fente n'a révélé, jusqu'ici, aucune modification.

Cependant, nous revoyons l'enfant le 24 mai. Nous avons la surprise, ce jour-là, de constater que le point de fixation, placé sur le méridien de 5 heures, s'est étiré; le stroma de l'iris, tiraillé, a tendance à s'effiloche. De part et d'autre de ce point de fixation, la brèche de l'iridodialyse est devenue plus visible et l'on entrevoit quelques fibres de la zonule. Le bord de la pupille a tendance à faire la corde de l'arc et le contour de la pupille a perdu sa forme régulièrement arrondie. Il est évident que l'insertion du bord désinséré de l'iris seul dans la plaie sclérale, dans le cas où l'iris n'apparaît pas du tout dans la plaie, manque de solidité. Nous revenons un peu sur l'opinion que nous nous faisons de la valeur de l'insertion sclérale comparée à la valeur de l'inclusion sous-conjonctivale. Cette dernière paraît avoir une valeur de fixation supérieure. Les lésions du fond d'œil n'ont pas varié. Le trou de la macula persiste, parfaitement limité, avec sa teinte rouge sombre vif et son aspect cloisonné. L'acuité visuelle ne dépasse pas 1/10^e.

L'INSERTION SCLERALE DE LA RACINE DE L'IRIS

A. — Technique opératoire.

Chez l'adulte, l'anesthésie est réalisée, après instillation de cocaïne, par injection rétro-bulbaire. Chez l'enfant, l'anesthésie générale est nécessaire.

Le globe est saisi, au voisinage du limbe, du côté opposé à l'iridodialyse, à l'aide de la pince de Barraquer, qui assure une bonne fixation.

Taille d'un lambeau conjonctival à base limbique, débordant de part et d'autre des limites de l'iridodialyse. Le clivage du lambeau est arrêté au limbe.

A 1 mm. du limbe, sur la sclérotique, incision à la pique, ne dépassant pas 3 mm. L'incision est orientée parallèlement à la surface de l'iris, de façon à pénétrer exactement dans l'angle de la chambre antérieure. La pique est retirée rapidement, de façon à éviter l'issue de l'humeur aqueuse.

A travers l'incision, un crochet à iris, court et peu incurvé, mousse si l'on veut, est introduit à plat, glissé en avant du cristallin jusque sous le bord désinséré de l'iris. Alors seulement, il est retourné, pointe en avant, pour saisir le bord de l'iris, dans un trabécule, et le ramener, crochet à plat, jusque dans la plaie sclérale. Aussitôt que l'iris apparaît à

l'extérieur, un mouvement de côté du crochet le libère. Le bord de l'iris reste enclavé dans l'épaisseur de la plaie sclérale; il n'en apparaît rien, ou presque rien, à l'extérieur.

Le choix du lieu d'incision et le nombre d'incisions varient suivant l'étendue de l'iridodialyse. Le mieux, si celle-ci est étendue, est de faire une première incision en regard du milieu de la zone désinsérée. Si elle ne doit pas suffire, en cas d'iridodialyse étendue, deux autres incisions sont pratiquées, à égale distance de la première, avant toute introduction du crochet; elles peuvent aussi être pratiquées après que l'on aura constaté l'effet de la première fixation, et même les jours suivants. Il ne semble pas que cela ait une grande importance pour l'issue de l'humeur aqueuse et les bonnes conditions de l'opération.

Le lambeau conjonctival est rabattu et fixé par deux points au catgut.

Atropinisation pendant les jours qui suivent.

Cette technique de l'opération, que nous décrivons, est celle à laquelle se rallie le Professeur Bonnet.

La technique opératoire décrite par Blaskovics et Kreiker, identique dans les temps essentiels de l'incision sclérale et de la fixation de l'iris, en diffère en ce qu'elle se passe de la taille préalable d'un lambeau conjonctival :

Dans cette technique, la pique charge la conjonctive à distance du limbe de 3 mm., assurant ainsi un petit lambeau conjonctival. Cette manière de faire,

utilisée par le Professeur Bonnet dans le cas que nous rapportons, présente un petit inconvénient : le fait de charger la conjonctive avec la pique, à 3 mm. du limbe, avant de pénétrer dans la sclérotique, a l'inconvénient de gêner l'introduction du crochet à iris. La taille préalable du lambeau conjonctival apparaît préférable.

La technique opératoire proposée par Nizetic utilise la taille préalable du lambeau conjonctival. Mais, au lieu d'aller chercher le bord de l'iris au crochet et de se contenter d'une inclusion de ce bord dans la plaie sclérale, elle va chercher l'iris à la pince et le ramène hors de la plaie sclérale, sous le lambeau conjonctival. C'est une véritable iridencleisis.

Cette manière de faire assure une meilleure fixation de la racine de l'iris. Elle a l'inconvénient, peut-être théorique, d'exposer davantage l'iris au risque d'infection. Les phénomènes irritatifs, à en juger par les observations de Nizetic, semblent plus importants qu'à la suite de l'inclusion dans les lèvres de la sclérotique. Ces phénomènes irritatifs peuvent nécessiter une galvano-cautérisation secondaire de l'iris. Elle a aussi l'inconvénient d'attirer la pupille vers la cicatrice.

Ce ne sont là d'ailleurs que des variantes. Le petit nombre d'observations publiées ne permet pas encore de se faire une opinion de la supériorité relative des unes sur les autres.

Le relâchement secondaire de la fixation sclérale, observé par le Professeur Bonnet six mois après

l'opération, l'engagerait à assurer une meilleure fixation, en amenant le bord de l'iris jusqu'à ce qu'il soit visible dans l'éperon scléral.

B. — Les résultats.

1° Au point de vue anatomique, le résultat immédiat est en général excellent :

Le premier effet de l'inclusion sclérale (fig. 2) de la racine de l'iris est la restauration d'une pupille circulaire. Le champ pupillaire recouvre une forme voisine de la normale; à peine est-il moins arrondi dans la région correspondant à l'iridodialyse.

L'inclusion sous-conjonctivale, l'iridencleisis, telle que la pratique Nizetic, si l'on en juge par les figures de son article, entraîne légèrement la pupille vers la plaie opératoire et réalise une petite encoche du bord pupillaire.

2° Au point de vue fonctionnel, l'éblouissement, la diplopie monoculaire disparaissent du moment même de l'opération.

Les suites opératoires immédiates sont en général d'une extrême simplicité. Lorsqu'on a recours à l'inclusion sclérale, l'iris n'apparaissant pas sous la conjonctive, aucun signe irritatif ne marque les suites de l'opération. Le malade du Professeur Bonnet fut présenté à la Société d'Ophtalmologie sept jours après l'opération; c'est à peine si une circulation conjonctivale, un peu plus vive en regard des incisions, traduisait qu'une opération avait eu lieu. Le

pansement avait été supprimé au quatrième jour. Dès ce moment, il n'y avait pas la moindre photophobie.

L'iridencleisis, à la manière de Golovine, de Nizetie, paraît s'accompagner d'une irritation un peu plus vive. La galvanocautérisation de l'iris inclus peut se montrer nécessaire dans les jours qui suivent l'opération.

Cependant, les accidents secondaires d'inflammation, que l'on pourrait redouter à priori, n'ont jamais été signalés; le risque en apparaît beaucoup moins grand qu'après une trépanation d'Elliot.

Au total, la réimplantation de la racine de l'iris, qu'elle soit réalisée par insertion sclérale ou par inclusion sous-conjonctivale, apparaît comme une opération bénigne à tous ceux qui l'ont pratiquée. Elle ne mérite certainement pas le discrédit qui s'attache à l'opération. De l'avis de tous, cette opération mérite d'être accueillie dans la pratique ophtalmologique courante.

C. — Les indications du traitement chirurgical.

1° Ce sont d'abord les *iridodialyses traumatiques réalisées accidentellement au cours d'une intervention*, telle que l'opération de cataracte. Plus que les autres, elles exposent au risque de synéchies secondaires, aux accidents inflammatoires.

Une observation récente de Gasteiger montre ce qu'on peut attendre de la réinsertion secondaire de

la racine de l'iris ou des lambeaux d'iris flottant au devant du champ pupillaire.

2° Ce sont les *iridodialyses traumatiques étendues*, longues de plus de 6 mm.

Elles s'accompagnent, en effet, souvent de troubles fonctionnels gênants : éblouissement, diplopie monoculaire.

Elles exposent, du fait du flottement de l'iris, à la production secondaire de synéchies, capables de réduire encore l'étendue déjà limitée du champ pupillaire.

L'opération s'impose, de l'avis du Professeur Bonnet, dans les iridodialyses très étendues, où la désinsertion atteint 10 mm. L'iris désinséré flotte alors en écharpe au devant du champ pupillaire. La résection de l'iris, que l'on a proposée en pareil cas, ne saurait être mise en parallèle avec la réimplantation. La résection de l'iris flottant aggrave le désastre anatomique ; c'est une mutilation anatomique considérable ; elle aggrave le trouble fonctionnel, l'éblouissement en particulier. Mieux vaudrait, en pareil cas, si l'on renonce à l'inclusion sclérale, avoir recours à la manière de faire utilisée par Vinsonneau : ponctionner la chambre antérieure pour évacuer l'hyphéma et assurer en même temps l'étalement de l'iris en bonne place, maintenu par atropinisation.

Bien entendu, les lésions associées viennent en considération lorsqu'il s'agit de poser les indications du traitement chirurgical (subluxation du cristallin, cataracte traumatique, lésions associées des membranes profondes).

Le petit nombre d'opérations publiées ne permet pas encore de poser les règles de l'intervention, en pareil cas. Cependant, il est permis de penser que l'existence d'une cataracte traumatique, loin d'être une contre-indication, commande l'intervention initiale sur l'iris désinséré. La réinsertion de l'iris, faite au préalable, lorsque cela paraît réalisable, facilite sans doute l'opération secondaire de la cataracte ; elle met à l'abri des synéchies secondaires, particulièrement à redouter en pareil cas. Les observations de Nizetic plaident en faveur de cette manière de faire.

Nous nous rallions délibérément à l'opinion exprimée par ceux qui, comme Golovine, Goldfeder, Kreiker, Nizetic, Key et d'autres, ont recours habituellement à l'opération, en présence d'une iridodialyse traumatique étendue :

« L'opération est digne d'être introduite, avec profit, dans la pratique ophtalmologique. »

Comme l'affirment Blaskovics et Kreiker, dans leur ouvrage « Eingriffe am Auge » : « L'opération n'est aucunement difficile. La blessure de la cristalloïde peut être facilement évitée. Les petites synéchies périphériques sont recouvertes par sclérotique et conjonctive ; elles ne font naître, pour l'avenir, aucun danger. »

CONCLUSIONS

S'il est vrai que l'iridodialyse, par elle-même, lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'autres désordres anatomiques, n'entraîne pas, le plus souvent, de trouble fonctionnel notable, il y a cependant des cas où l'iridodialyse, parce qu'elle est étendue, s'accompagne d'éblouissement, de diplopie monoculaire très gênante. Lorsqu'il flotte au devant du champ pupillaire, l'iris désinséré gêne considérablement la vision.

D'autre part, avec le temps, l'iridodialyse peut se compliquer de désordres anatomiques secondaires, tels que synéchies postérieures, capables d'aggraver le trouble fonctionnel.

On sait, d'autre part, que l'iridodialyse constitue un désordre anatomique définitif. L'espoir est chimérique d'une restauration spontanée.

Le traitement chirurgical jusqu'ici proposé : la résection de la partie flottante de l'iris, est une mutilation inconsidérée; elle aggrave l'éblouissement.

La fixation de la racine de l'iris, par inclusion dans une brèche d'incision sclérale, ou par inclusion sous-conjonctivale, apparaît, depuis quelques années, comme une méthode de traitement légitimée par les inconvénients de l'iridodialyse.

L'opération consiste, sous la garantie d'un tambeau

conjonctival, à inciser la sclérotique à 1 mm. du limbe, à la pique, pour aller, entrant dans l'angle de la chambre antérieure, saisir le bord désinséré de l'iris et le ramener dans la plaie, le laissant inclus dans l'épaisseur de l'éperon scléral ou le ramenant plus au dehors, pour le laisser inclus sous la conjonctive.

L'opération est facile ; elle n'expose vraiment à aucun incident opératoire. Le risque d'inflammation secondaire, que l'on pourrait redouter à priori, paraît être inexistant.

De l'avis de ceux qui y ont recours de façon habituelle, l'opération mérite d'être introduite, avec profit, dans la pratique ophtalmologique.

Vu :

LE DOYEN :

JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THESE :

P. BONNET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Mai 1939

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- BADÉAUX (F.). — Iridodialyse traumatique. Technique de l'opération de Key ; 1 cas nouveau. *J. de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, V, 241-248, nov. 1936.
- BLASKOVIES-KREIKER. — Eingriffe am Auge. Verlag. Ferd. Enke, Stuttgart, 1938.
- BONNET (P.) et CHAUVIRE. — Contusion du globe. Lésion des membranes profondes avec apparence de « trou de la macula ». Iridodialyse étendue. Traitement chirurgical. *Soc. d'Ophtalmologie de Lyon*, 12 novembre 1938.
- BULSON (A. E.). — Correction of iridodialysis by operation. *Amer. J. of Ophth.*, 1920 n. s., Bd III, p. 357-358.
- CANNAS (N.). — Traitement chirurgical de l'iridodialyse. *Annali di ottalmologia*, vol. XXXIX.
- CZURASZ (I.). — Le traitement chirurgical de l'iridodialyse. *Klin. Monatsbl. f. Augenhk. C.*, p. 721-724, mai 1938.
- EDESKUTY (Z.). — *Augenhk.*, 1934, Bd. LXXXIV, s. 79.
- GASTEIGER (H.). — Sur l'opération de l'iridodialyse avec des observations sur un développement curieux de cet état. *Klin. Monatsbl. Augenhk.*, CII, avril 1939, p. 537-540.
- GILBERT (W.). — Die Verletzungen der Iris. *Kurtz. H. der Ophth.*, t. V, p. 101.
- GOLDFEDER (A. E.). — Über die operative Behandlung der Iridodialyse. *Klin. Monatsbl. f. Augenhk.*, 1932, Bd LXXXIX, S. 229.

- GOLOVINE. — Wesnick Oftalmologie, t. XXXIV.
- JAMESON (P. C.). — Re-attachment in irido-dialysis ; a method which does not incarcerate the iris. *Arch. Ophth. N. Y.*, 1909, XXXVIII, p. 391-396.
- KEY (B. V.). — Extensive iridodialysis ; operation, re-attachement, two cases. *Arch. Ophth. VII*, mai 1932, p. 748-756.
- Concerning iridodialysis as clinical entity, surgical treatment ; cases. *Tr. Am. Opht. Soc.*, XXXI, p. 93-115, 1933.
- KREIKER (A.). — Die operation der Iridodialyse nach Golowin Ungar. *Opht. Gerd.*, 9 mai 1936. *Anal. in Klin. M. f. A.*, mai 1937, t. IIC, p. 679.
- LOTIN (A.). — Aus der chirurgischen Praxis. *Russ. oftalm Journal*, 1929, p. 10.
- NIZETIC (Z.). — Traitement chirurgical de l'iridodialyse traumatique. *Annales d'Oculist.*, septembre 1935, CLXXII, p. 775-783.
- Le traitement chirurgical de l'iridodialyse traumatique. *Klin. Monatsbl. f. Augenhk.*, C., juin 1938, p. 900-904.
- PARIS (Amédée). — De la diplopie uni-oculaire iridienne par cause traumatique et de son traitement. *Gaz. des Hôpitaux*, 1866, n° 10, p. 39.
- SCHWARTZ (V. J.). — *J. Am. Med. Assoc.*, CV, septembre 1935, p. 1032.
- SEDAN (J.). — Quadruple rupture de l'iris, iridodialyse et subluxation du cristallin chez un boxeur ; conservation de la vision normale. *Bull. Soc. Opht. Paris*, octobre 1936, p. 626-635.
- SCHLÖD (A.). — Traumatic iridodialysis with complete reattachment of the iris. *J. Am. M. Ass. Chicago*, 1924, CXXXIII, 1507.
- SMITH (E.). — Treatment of iridodialysis from contusion ; partial iridencleisis with or without suture. *J. of the Amer. Med. Ass.*, 1891, 17.

- THIEL (R.). — Le traitement chirurgical de l'iridodialyse traumatique. *Klin. Monatsbl. f. Augenhk.*, C., juin 1938, p. 918-919.
- VINSONNEAU. — Hémi-irido-dialyse traumatique, intervention ; guérison opératoire et visuelle. *Anjou Médical, Angers*, 1905, XII, p. 10-15.
- WAGENMANN. — Verletzungen der Auges. Veraenderungen der Iris an ihren, Ciliaransatz, Iridodialyse. *Handbuch der ges. Augenhk. V. Graefe Sæmisch*, 1910, Bd. IC A. B. T. 5.
- WICHERKIEVITZ (B.). — Kann eine von ihrem Ziliaransatze abgeloste Iris spontan wieder anheilen. *Klin. Monatsbl. f. Augenh. Stutt.*, 1904, XCII, 363-366.
- WIEGMANN. — *Klin. Mbl. Augenh.*, 1938, Bd CI S., 423.
- WOODS (H.). — A case of iridodialysis with operation. *Maryland M. J. Balt.* 1895-1896, XXXIV, p. 241. *Also Presbyterian Eye, ear Throat Charity Hosp. Reports A. T.*, 1896.
- WRIGHT. — *Amer. J. Opht.*, 1937, III S. 20, p. 119.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
EVOLUTION ANATOMO-CLINIQUE DE L'IRIDO-DIALYSE TRAUMATIQUE	11
1° La lésion anatomique	11
2° Les troubles fonctionnels	13
3° Les désordres évolutifs	15
LES TENTATIVES CHIRURGICALES	17
De la diplopie uni-oculaire irienne par cause traumatique et de son traitement	18
L'INSERTION SCLÉRALE DE LA RACINE DE L'IRIS	37
A. — Technique opératoire	37
B. — Les résultats	40
C. — Les indications du traitement chirurgical	41
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	47



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

oo oo oo IMPRIMEURS-ÉDITEURS oo oo oo

oo 42, QUAI GAILLETON, 42 oo

oo oo oo oo LYON oo oo oo oo



